

Букреева Д. А. Музыкальный театр для детей и подростков с особыми потребностями как фактор коррекционной работы

В статье акцентируется на создании условий для адаптации и социализации детей и подростков с ограниченными возможностями. Определяется роль музыкотерапии в современных условиях инклюзивного образования и воспитания. Заостряется внимание на оздоровительной функции музыки как эффективного метода коррекции. Предлагаются инновации решения указанных проблем на примере организации музыкального театра в реабилитационном центре «Луч». Отмечена необходимость индивидуального подхода к коррекционному взаимодействию с детьми и подростками с ограниченными возможностями.

Ключевые слова: музыкальная терапия, коррекционная работа, музыкальный театр, социализация, адаптация.

Bukreeva D. Musical theater for children and teenagers with special needs as a factor of corrective work

The article focuses on creating the conditions for adaptation and socialization of children and adolescents with disabilities. The role of music therapy in modern conditions of inclusive education and upbringing is determined. The attention is focused on the healing function of music as an effective correction method.

The need for an individual approach to corrective interaction with children and adolescents with disabilities is noted. In individual lessons, the establishment and consolidation of confidential contact between the teacher and participants in the musical theater takes place. An important condition is the identification of musical preferences, propensities for certain creative activities. It is concluded that the development and support of creative vocal, music and theater studios, in particular musical theater, can become an important component in solving the problem of children and adolescents with disabilities socialization in Ukraine. Such studios perform not only the function of developing creative potential, but also socialization, by involving them in literature, recitation, music, dance, participating in stage productions, and contacting other participants in the stage performance.

The importance of the personal and professional qualities of the theater director is emphasized. His principled position should be that all participants, regardless of the level of their abilities, participate in the performance, because this explains the effectiveness. Taking into account various art therapy techniques (vocal therapy, fairy tale therapy, rhythmotherapy) it is easier for a leader to satisfy the principle of an individual approach in correctional work, depending on the compensatory abilities of each individual person. If a teenager has learned to play (has skills) on some musical instrument, this develops perceptual and motor relationships.

Keywords: music therapy, correctional work, musical theater, socialization, adaptation.

DOI 10.31392/NPU-nc.series19.2019.38.06

УДК: 616.831.2:376-056.264

Ващук Т.С. VashchukT.S@gmail.com

**ЛОГОПЕДИЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ –
ОБОВ'ЯЗКОВА СКЛАДОВА ПРОГРАМИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ**

В статті розглянуто фактори, що є основними чинниками впливу на становлення функціональної системи мови та мовлення дітей раннього віку з органічним ураженням центральної нервової системи. Проаналізовано кількісно-якісний склад логопедичного заняття в структурі роботи за моделлю «Тандем-партнерство» в залежності від віку дитини. Розкрито зміст поняття логопедичного супроводу. Обґрунтовано необхідність впровадження та розробки змісту програми логопедичного супроводу для дітей раннього віку з інвалідністю/загрозою виникнення інвалідності, що зумовлена тяжким органічним ураженням ЦНС, в контексті програми раннього втручання.

Ключові слова: раннє втручання, корекційно-логопедична робота, спеціальна освіта, корекційно-розвивальні програми.

Постановка проблеми. Однією з актуальних проблем спеціальної педагогіки є діагностика та пошук оптимальних видів логокорекційної роботи, з дітьми. Важливість цього питання для дітей з органічним ураженням центральної нервової системи (ЦНС) очевидна, через ранній час прояву затримки розвитку статокінетичних функцій та мовлення, що відзначається в наукових дослідженнях та практичній роботі.

Аналіз досліджень і публікацій. Розвиток дитини раннього віку з ураженнями нервової системи вивчали вчені в галузі неврології (Л.Бадалян, В. Козьявкін, В. Мартинюк, К. Семенова та ін), психології (О.Корнєв, В. Ковальов, В. Лебединський та ін), логопедії (О. Архіпова, С.Конопляста, О.Мастюкова, Н.Манько, Є. Соботович, М.Шеремет), спеціальної педагогіки (О. Гончарова, О.Стребелева та ін). Їх наукова і практична робота переконливо доводить ефективність подолання наслідків органічного ураження ЦНС за допомогою раннього медико-корекційно-психолого-педагогічного втручання. Дослідження українських вчених В. Бондаря, Ю. Коломієць, С. Коноплястої, І. Марченко, Л.Руденко, В. Синьова, В. Тарасун, В. Тищенко, М. Шеремет, Д. Шульженко та багатьох інших, з вивчення розвитку дітей з психофізичними особливостями, дозволили сформуванню базис для індивідуалізації педагогічного процесу. Такий значний доробок склав науково-методологічну основу, організаційно-корекційної роботи з дітьми раннього віку з органічним ураженням ЦНС.

Виклад матеріалу дослідження. Оскільки усталеного визначення органічне ураження ЦНС не має, ми розуміємо під цим терміном процеси які характеризуються дистрофією та некрозом нейронів, порушенням архітектоники кори ГМ, мультикістозом та локальним гліозом, які, за відсутності інфекційних процесів, не прогресують з часом. Ознаки ураження можна виявити в процесі параклінічних досліджень, наприклад при проведенні МРТ, КТ, ЕЕГ.

З клінічного погляду, основним симптомом органічних уражень нервової системи у дитини раннього віку в період її інтенсивного росту і диференціації, є порушена онтогенетична послідовність рухового розвитку. Через уповільнення формування механізмів статичних та локомоторних навичок, активуються тонічні рефлексії, які взаємодіють з патологічним м'язовим тонусом, що посилює моторний дефект. Проте завдяки пластичності та компенсаторній здатності дитячого організму в ранньому віці можливою стає ефективна робота, що дозволяє знизити негативний вплив ураження [4].

У разі глибокого ураження, та/або відсутності своєчасного виявлення та надання допомоги, у дитини може розвинути ДЦП. У 2007 році, в результаті міжнародного семінару було прийнято його наступне визначення: «Cerebral palsy describes a group of permanent disorders of the development of movement and posture, causing activity limitation, that are attributed to non-progressive disturbances that occurred in the developing fetal or infant brain. The motor disorders of cerebral palsy are often accompanied by disturbances of sensation, perception, cognition, communication and behavior, by epilepsy, and by secondary musculoskeletal problems.» Церебральний параліч (ЦП) описує групу постійних розладів розвитку руху і постави, що викликають обмеження життєдіяльності, які пов'язані з непрогресуючими ушкодженнями мозку, що виникли в пренатальному або ранньому дитячому віці. Рухові розлади при ЦП часто супроводжуються порушеннями відчуттів, сприйняття, пізнання, спілкування та поведінки, епілепсією, і вторинними проблемами опорно-рухового апарату [10, с.166].

Погоджуючись з цим визначенням в цілому, варто зазначити, що прямий переклад терміну communication, як спілкування, є дещо звуженим однобічним, і потребує заміни на більш повний термін - мовлення. Саме мовлення, що формується в процесі розвитку людини під впливом оточуючого середовища, забезпечує адаптивність та пластичність поведінки, а згодом виступає засобом контролю та регуляції власної діяльності. Порушення мовлення є найбільш розповсюдженим супутнім розладом у людей з ЦП та є суттєвим дезадаптаційним чинником, що перешкоджає розвитку особистості.

Мета дослідження полягала в вивченні організації логопедичної роботи для дітей з органічним ураженням ЦНС в Україні в період від народження до трьох років, та пошуку форм, для оптимізації і покращення надання допомоги

Існуюча система допомоги дітям раннього віку з ЦП в Україні передбачає надання абілітаційних послуг у закладах медичного профілю. Медичний супровід дитини першого року життя, що здійснюється дільничними лікарями дозволяє виявити та надати спеціалізовану та вузькоспеціалізовану допомогу таким дітям починаючи з моменту виявлення ознак відхилень у психомоторному розвитку. Адже у дітей з органічним ураженням ЦНС, вже на першому році життя можна спостерігати неврологічну симптоматику, яка проявляється в затримці розвитку випрямних рефлексів, посиленням патологічної рухової активності, незрілістю довольної моторики рук, що призводить до виникнення патологічних рухомоторних стереотипів, кінестетичних та артикуляторних порушень.

Необхідною умовою, при наданні реабілітаційної допомоги є використання сучасних, науково обґрунтованих методів та методик, що базуються на світових стандартах. Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я рекомендовано використовувати в роботі модель реабілітації "Тандем-партнерство", де спільна робота групи фахівців медичного та соціально-педагогічного напрямків, спрямована на абілітацію дитини до життя та самореалізації. Для досягнення цієї мети, використовується системний підхід до формування та відновлення функціональних систем з урахуванням виду, глибини ураження ЦНС та індивідуальних особливостей дитини [7].

Одним з перших закладів, що працюють використовуючи дану модель, є ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України». Саме в ньому була розроблена концепція комплексної медико-соціальної абілітації дітей з порушенням психофізичного розвитку – соціальна педіатрія. Результативність роботи забезпечується взаємодоповненістю методик медичного і соціально-педагогічного напрямку, що дозволяє проводити ефективне формування та відновлення функціональних систем дитини.

Реабілітаційні заходи, спрямовані не лише на корегування моторної затримки, а й попередження формування вторинних порушень розвитку, серед яких провідне місце займають порушення мовлення. Процес формування мовлення є довготривалим, потребує задіяності всіх аналізаторних систем (слуховий, зоровий, руховий, кінестетичний) та тісно пов'язаний з етапністю дозрівання мозку й залежить від якості взаємодії малюка з оточуючим світом. У дітей в період інтенсивного розвитку ЦНС, ураження окремих складових функціональної системи мови та мовлення приводить до складної дезінтеграції всього мовленнєвого розвитку в цілому. Розглядаючи процес формування мовлення з нейропсихологічної точки зору, у ранньому віці, визначальними для розвитку дитини є зв'язки, на рівні стовбурових структур та базальних ядер – тих структур, що визначають афективний та когнітивний розвиток дитини [8, с.244].

З клінічної точки зору, порушення мовлення у дітей з ДЦП викликають наступні причини:

- 1) органічні ураження різного ступеню тяжкості коркових, та підкоркових структур, що забезпечують мовленнєву функцію;
- 2) порушення дозрівання премоторно-лобних та тім'яноскроневих коркових структур, що відповідають за координацію та інтеграцію слухо-зорово-моторних зв'язків в різних комбінаціях;
- 3) спотворення сигналів аферентного та еферентного впливу.

Значні патологічні зміни як в моторно-руховій, пізнавальній так і в сенсорній сфері, апараті артикуляції, диханні, голосоутворенні, що не зникають з часом, закріплюються і стають передумовами для гальмування або викривленого формування мовленнєвої функції, найчастіше до розвитку дизартричних порушень-порушення експресивної сторони мовлення внаслідок недостатньої іннервації мовленнєвого апарату [1].

Оскільки процес формування мовлення, у дітей раннього віку з органічним ураженням ЦНС відзначається дифузністю, супроводжується різноманітними компенсаторними та декомпенсаторними процесами, що змінюють клінічні прояви початкового ураження ЦНС, виникають одразу дві проблеми, що викликають труднощі в логокорекційній роботі.

Перша, пов'язана з відсутністю чітких критеріїв, що однозначно вказують на формування дизартричних порушень в ранньому віці. Логопедичне заключення фіксує лише затримку мовленнєвого розвитку (ЗМР), що змінюється неврологічним діагнозом дизартрія тільки після досягнення трирічного віку. Це затримує терміни логопедичного втручання, подовжує тривалість роботи та знижує абілітаційні можливості дитини.

Друга, пов'язана безпосередньо з першим, полягає в недостатності розроблених наукових методів, та відсутністю обґрунтованих методик, як наслідок неможливості застосування існуючих класифікацій дизартричних порушень на етапі раннього дитинства, при визначенні патологічного розвитку формування функціональної системи мови та мовлення (ФСММ). Це, в свою чергу, змушує до проведення логокорекційної роботи, спираючись на симптомологічну картину порушення та психологічний інструментарій (Мюнхенська функціональна діагностика розвитку, опитувальники KID RCDI-2000 тощо). Особливістю цих діагностичних методик є сприйняття мовлення як засобу комунікації

та соціалізації, що унеможлиблює застосування прийнятих в Україні класифікацій і як наслідок, ускладнює логопедичну роботу на домовленієвому етапі.

Для вивчення стану мовлення у дітей раннього віку з ДЦП, було проведено дослідження в ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України». В ньому брали участь 32 пацієнти, що проходили курс реабілітації, у тому числі: 18 дітей 2007-2014 р.н. (від 4 до 11 років) та 14 дітей 2015-2018 р.н. (усього 21 хлопчик та 11 дівчат). Критерієм відбору була наявність первинного діагнозу G80-церебральний параліч або G93-синдром відновного періоду перенесеної патології нервової системи в пре-перинатальному періоді. Включення в дослідження дітей дошкільного і молодшого шкільного віку визначено необхідністю вивчення динаміки формування ФМСС, що надає можливість відслідкувати особливості її формування та проведенням кількісно-якісного аналізу структури логопедичних занять в залежності від віку дитини.

Результати дослідження в узагальненому вигляді представлені в таблиці:

Таблиця 1. Зведені дані

	Дошкільний і молодший вік 2007-2014 р.н.		Ранній вік			
			Перший рік життя (1 дит)	Другий рік життя (8 дит)	Третій рік життя (5 дит)	%
	(18 дітей)	%				
Анамнестичні дані						
Бал за шкалою Апгар: 1хв	Від 2 до 8		Від 1 до 8			
5 хв	Від 5 до 9		Від 5 до 9			
Передчасні пологи	17	94	-	6	2	57
Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС	17	94	1	8	5	100
Пологова травма	1	6	-	-	2	13
Судоми	3	17	-	2	5	44
Психомоторний розвиток						
Тримання голови	17	94	1	8	7	100
Сидіння	16	89	-	5	2	47
Повзання	15	83	-	4	3	44
Хо́да	11	61	-	3	3	40
Логопедична діагностика						
Затримка мовленнєвого розвитку (до 3 років)	18	100	1	8	5	100
Дизартричні порушення	18	100	-	-	-	-
Логопедичне заняття						
Діагностичне	21		1	8	7	
Масаж	54		-	27	39	
Корекційне	63		-	5	10	
Результати логопедичного впливу						
Без змін	5	28	1	1	1	14
Покращення	13	72	-	7	4	86
Значне покращення	-	-	-	-	-	-

Всі діти мають в анамнезі фактори, які дозволяють їх віднести до групи ризику, стосовно виникнення порушень мовлення. Також відмітимо, що первинно ЗМР визначалась переважно на

другому році життя дитини. Хоча найменший вік, в якому було зафіксовано затримку вже в домовленнєвому періоді складав 6 місяців. Для всіх обстежуваних дітей характерна наявність окремих патологічних проявів в артикуляційному апараті - гіпотонус губ, салівація, гіпертонус, дистонія язика та порушення динамічності рухів. Словник дітей раннього віку з ДЦП складається зі звуконаслідувань, лепетних, аморфних, спрощених слів. Показники фонематичного слуху відзначались несформованістю і затримкою від нормативних показників. Розвиток імпресивного мовлення варіюється від нормативних показників до значного відставання.

Щодо процесу діагностики. Специфіка роботи логопедів, що працюють в реабілітаційних медичних установах, полягає в необхідності визначитись з логопедичним заключенням за одне заняття, на відміну від двотижневого спостереження за дитиною в закладах дошкільної освіти. Це ускладнює діагностичний процес і вимагає високої професійної майстерності. У випадку вираженого негативізму при обстеженні логопед формує первинну діагностичну гіпотезу виходячи з даних психодіагностики.

Аналіз структури занять логопедичної корекції для дитини раннього віку, показує превалювання спрямованості корекційного впливу на нормалізацію тону м'язів, оскільки причиною розвитку дизартричних порушень є недостатність іннервації органів артикуляційного апарату. Зростання корекційної складової в структурі курсу змінюється в залежності від віку дитини. Хоча така кількість занять, на нашу думку, не дає можливості досягти оптимальних результатів і наблизити розвиток мовлення дитини до нормативного.

Отримані дані результатів логопедичної роботи на курсі реабілітації, дещо різняться з показниками які отримано при застосуванні системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації, що розроблено та впроваджено В. Козьявкіним. В монографії зазначено, що покращення мовленнєвої функції відзначалось у всіх дітей раннього віку з ДЦП [2, с.111]. Такі відмінності можуть бути пояснені різницею критеріїв оцінки та методичних підходів до вивчення мовленнєвого розвитку дитини.

Результати дослідження показують, що для формування мовлення дітей цієї категорії необхідна не тільки курсова абілітація, а забезпечення постійного логопедичного супроводу.

Логопедичний супровід — подовжений у часі комплексний логопедично-корекційний вплив, з метою нівелювання мовленнєвого дизонтогенезу розвитку дитини, шляхом формування психофізіологічного базису для розвитку повноцінного мовлення, за допомогою системної діяльності фахівців та включення родини в корекційний процес[3].

В роботах українських науковців, супровід визначається як технологія, заснована на єдності чотирьох функцій:

- 1) діагностики сутності психолого-педагогічної проблеми дитини;
- 2) інформації про проблему та шляхи її вирішення;
- 3) консультації соціального оточення дитини та самої дитини щодо відпрацювання плану вирішення проблеми;
- 4) психолого-педагогічної допомоги на етапі реалізації складеного індивідуального плану.

В.Кисличенко та С.Конопляста розглядають логопедичний супровід як «цілеспрямовану, послідовну, неперервну дію у спеціально організованих умовах» [3, с.106]. У структурі логопедичного супроводу сім'ї, виділяються такі компоненти:

- цільовий – розробка мети, принципів та завдань;
- змістовий – окреслення базових складових та основних напрямків діяльності;
- операційно-дієвий – виділення періодів, етапів, форм, методів, прийомів, умов та способів взаємодії;
- оцінно-результативний – формування критеріїв, показників ефективної діяльності.

Цілком погоджуючись, з таким визначенням та запропонованою структурою, слід зазначити, що логопедичний супровід дитини раннього віку з органічним порушенням ЦНС, це динамічний процес, який має охоплювати такі напрями:

- підвищення рівня корекційної освіченості батьків;
- систематичне спостереження за динамікою розвитку дитини;
- створення оптимального для дитини середовища, в якому є можливість негайного корекційного втручання обраного плану розвитку дитини в разі потреби;

- регулярна психологічна підтримка родини, в якій виховується дитина.

Особливістю логопедичного супроводу дитини раннього віку є його превентивна спрямованість. Основне завдання логопедичного впливу в ранньому віці полягає в створенні сенсомоторних передумов для розвитку мовлення, в допомозі дітям в освоєнні практичного використання мовлення як засобу спілкування, включенням родини в корекційний процес. Саме остання складова несе в собі великий незадіяний ресурсний потенціал. Позаяк для попередження мовленнєвих порушень у дітей, крім ранніх, системних і систематичних логопедичних занять, велике значення має правильно організований батьками, за допомогою педагогів, життєвий простір дитини.

Така організація логопедичної допомоги повністю відповідає потребам, що виникають при переході від медичної моделі інвалідності до соціальної. Різниця цих моделей полягає у відношенні до людини з особливостями психофізичного розвитку. Якщо медична модель визначала дитину, як об'єкт лікування та піклування, то біопсихосоціальна модель, враховуючи адаптивно-компенсаторні можливості організму, передбачає створення передумов для опанування недоступних раніше видів діяльності в повсякденному житті. Включення обов'язкового логопедичного супроводу в систему раннього втручання дозволить попередити та мінімізувати наслідки ураження ЦНС в процесі формування ФСММ, що в свою чергу дасть можливість підвищити ефективність абілітаційної роботи.

На нашу думку найповніше зміст системи раннього втручання розкриває наступне визначення: «Раннє втручання представляє собою ряд заходів, орієнтованих на розвиток дитини раннього віку з порушеннями розвитку або ризиком появи таких порушень, а також на супровід родини, які здійснюються безпосередньо після визначення стану та рівня розвитку дитини. Раннє втручання спрямовано як на дитину, так і на батьків, родину та її соціальне оточення» [6, с.7].

Державна політика розвитку програми раннього втручання закріплена постановою ВР України від 13.01.2015 р № 96-VIII. Науковим, практичним та медичним підґрунтям є постанова Президії Національної академії медичних наук України від 22.11.2012 № 26/2 «Про створення в Україні системи раннього втручання для реабілітації дітей перших років життя». На виконання указу Президента України від 13 грудня 2016 року №553/2016 «Про заходи, спрямовані на забезпечення додержання прав осіб з інвалідністю» Кабінет Міністрів затвердив план заходів, щодо практики надання послуг раннього втручання розпорядженням від 14 грудня 2016 р. №928-р «Деякі питання реалізації пілотного проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання» для забезпечення розвитку дитини, збереження її життя та здоров'я».

Програма раннього втручання є в першу чергу сімейноцентрованою і має на меті допомогу родині у створенні комфортного адаптивного середовища для повноцінного зростання та розвитку, активної участі у навчальному і виховному процесі, мати активну позицію, щодо відстоювання прав своєї дитини та її успішної інтеграції в соціум. Також батьки мають право вибирати як методи роботи так і місце проведення зустрічей з фахівцями. Під час роботи, увага спеціалістів спрямована на надання допомоги згідно запиту батьків. Це можуть бути як проблеми, що стосувались порушень, або затримки розвитку, так і суто практичні питання щодо виховання та забезпечення життєдіяльності дитини. Для їх вирішення команда спеціалістів з раннього втручання проводить комплексну оцінку розвитку. Розвиток дитини оцінюються в наступних областях: фізичній, когнітивній, комунікативній, соціально-емоційній та адаптивній. Далі розробляється програма надання допомоги. Особливістю наступного етапу роботи є обговорення і затвердження програми допомоги з батьками дитини. Після проведення програми, проводиться повторне обстеження та оцінка її ефективності. За результатами обговорення програма може бути продовжена, закінчена або дитина скерована в інші заклади. Особливістю програми раннього втручання є відсутність негативних наслідків як для дитини, так і для родини, в якій вона зростає [9].

Такі шляхи роботи з дитиною, що мають особливості психофізичного розвитку, та родини, що її виховує, створюють сприятливий психологічний клімат у сім'ї, супроводжують дитину на домовленевому етапі розвитку, попереджаючи утворення патологічних артикуляційних стереотипів та формуючи функціональну систему мови та мовлення.

Висновки, перспективи подальших пошуків у напрямі дослідження Проведене дослідження виявило, що перші ознаки порушення мовленнєвого розвитку, які призводять до виникнення дизартричних порушень можна виявити ще на першому році життя дитини з глибоким ураженням ЦНС.

Існуюча система надання логокорекційної допомоги, хоч і покращує стан мовлення дитини, але має незадіяні ресурсні можливості і потребує додаткових організаційних форм.

Таким чином, розробка та впровадження програми логопедичного супроводу для дітей раннього віку, яка об'єднує переваги та напрацювання вітчизняної логопедії, враховуючи великий вплив родини та світовий досвід, забезпечила б своєчасний фізичний, психологічний та мовленнєвий розвиток дитини з особливостями психофізичного розвитку. А для дітей з органічним ураженням ЦНС, логопедичний супровід в системі послуг раннього втручання, є не лише бажаним, але й необхідним для попередження утворення патологічних стереотипів, порушень мовлення, проблем у читанні та письмі та подальшого гармонійного розвитку особистості.

Список використаних джерел:

1. **Архипова Е.Ф.** Логопедическая работа с детьми раннего возраста. М.: АСТ: Астрель. 2007. 231 с.
2. **Козьявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С.** Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. Монография. Львів. НВФ "Українські технології", дизайн, 1999. 143 с.
3. **Конопляста С.Ю., Кисличенко В.А.** Логопедичний супровід сім'ї, в якій виховується дитина з порушеннями мовлення. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – 2011. Вип. 17. с. 105-107
4. **Мастюкова Е.М., Семенова К.А., Смуглин М.Я.** Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М.: «Академия». 2012. 328 с.
5. **Основи** соціальної педіатрії. Навчально-методичний посібник: у 2-х т. / За редакцією Мартинюка В.Ю. К.: ФОП Верес О.І. 2016. 960с.
6. **Раннє** втручання: Ключові аспекти та міжнародний досвід
[URL:https://www.unicef.org/ukraine/ukr/Early_Intervention_Concept_RUS.pdf](https://www.unicef.org/ukraine/ukr/Early_Intervention_Concept_RUS.pdf)
7. **Уніфікований** клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями». [URL:http://old.moz.gov.ua/docfiles/dod286_2_2013.pdf](http://old.moz.gov.ua/docfiles/dod286_2_2013.pdf)
8. **Шеремет М. К., Коломієць Ю. В.** Особливості мовленнєвого розвитку церебрально-органічного генезу. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2010. Вип. 16. с. 243-246.
9. **Dunst, C. J.** An integrated framework for practicing early childhood intervention and family support. *Perspectives in Education*, 22(2). 2004.p1-16.
10. **Rethlefsen S.A., Ryan D.D., Kay R.M.** Classification systems in cerebral palsy. *Orthop Clin North Am.* 2010 Oct;41(4):457-67. URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20868878

References:

1. **Arkhipova E.F.** Logopedicheskaia rabota s detmy ranneho vozrasta. M.: AST: Astrel. 2007. 231 p. [in russian].
2. **Kozyavkin V.Y., Shestopalova L.F., Podkorotov V.S.** Detskiye tserebralnye paralychy. Medyko-psykholohycheskye problemy. Monohrafyia. Lviv. NVF "Ukrainski tekhnolohii", dyzain, 1999. 143p. [in russian].
3. **Konopliasta S.lu., Kyslychenko V.A.** Logopedychnyi suprovid simi, v yakii vykhovuietsia dytyna z porushenniamy movlennia. Naukovyi chasopys NPU imeni M. P. Drahomanova. Seriiia 19 : Korektsiina pedahohika ta spetsialna psykholohiia. – 2011. Vyp. 17.p. 105-107. [in Ukrainian].
4. **Mastiukova E.M., Semenova K.A., Smuhlyn M.Ia.** Klynyka y reabylytatsyonnaia terapiya detskykh tserebralnykh paralychei. M.: «Akademyia». 2012. 328 p. [in russian].
5. **Osnovy** sotsialnoi pediatrii. Navchalno-metodychnyi posibnyk: u 2-kh t. / Za redaktsiieiu Martyniuka V.Iu. K.: FOP Veres O.I. 2016. 960p.
6. **Rannie** vtruchannia: Kliuchovi aspekty ta mizhnarodnyi dosvid [in Ukrainian].
[URL:https://www.unicef.org/ukraine/ukr/Early_Intervention_Concept_RUS.pdf](https://www.unicef.org/ukraine/ukr/Early_Intervention_Concept_RUS.pdf) [in russian].
7. **Unifikovanyi** klinichni protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy ta medychnoi reabilitatsii «Tserebralnyi paralich ta inshi orhanichni urazhennia holovnoho mozku u ditei, yakii suprovodzhuiutsia rukhovymy porushenniamy» [in Ukrainian].
[URL:http://old.moz.gov.ua/docfiles/dod286_2_2013.pdf](http://old.moz.gov.ua/docfiles/dod286_2_2013.pdf)
8. **Sheremet M. K., Kolomiets Yu. V.** Osoblyvosti movlennievoho rozvytku tserebralno-orhanichnoho genezu. Naukovyi chasopys Natsionalnoho pedahohichnoho universytetu imeni M. P. Drahomanova. Seriiia 19 : Korektsiina pedahohika ta spetsialna psykholohiia. 2010. Vyp. 16. p. 243-246.

9. **Dunst, C. J.** An integrated framework for practicing early childhood intervention and family support. *Perspectives in Education*, 22(2). 2004.p1-16.
10. **Rethlefsen S.A., Ryan D.D., Kay R.M.** Classification systems in cerebral palsy. *Orthop Clin North Am.* 2010 Oct;41(4):457-67. URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20868878>

Вашук Т.С. Логопедическое сопровождение детей с ДЦП необходимая составляющая программы раннего вмешательства

Статья содержит краткий обзор современного состояния проблемы речевого развития ребенка с поражением нервной системы в результате исследования выполненное на базе центра «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України» и обосновывает необходимость внедрения логопедического сопровождения обязательным компонентом программы раннего вмешательства.

Ключевые слова: раннее вмешательство, коррекционно-логопедическая работа, специальное образование, превентивная логопедия.

Vashchuk T.S. Speech therapy is necessary part of early intervention program for children with cerebral palsy

The article reveals the problem of speech therapy for early age children with disabilities in Ukraine, on the group of children with cerebral palsy, as the most severe manifestation of organic brain disorder. The influence of the lesion on the pathological formation of speech is investigated, which leads to dysarthria. Main factors influencing speech are considered. The quantitative indicators speech therapy to the medical model of assistance are considered. Identified for negative causes of influence on brain formation at an early age.

The contents of the model of speech therapy support for speech formation in children are revealed. Advantages of preventive speech therapy in the contractual period are considered.

The importance and necessity of elaboration of a program of a speech therapy support for disabled and the threat of disability children in the context of the program of early intervention is grounded.

Keywords: early intervention, logopedic remedial work, special education, correction and development programs.

DOI 10.31392/NPU-nc.series19.2019.38.07

УДК 376-056.36:37.015

Галецька Ю.В., yuliyagala@ukr.net

**ДОСЛІДЖЕННЯ СФОРМОВАНІСТІ НАВИЧОК ОСОБИСТОЇ ГІГІЄНИ
У ДІТЕЙ З ПОМІРНИМ ТА ТЯЖКИМ СТУПЕНЕМ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО ПОРУШЕННЯ**

В статті проаналізовано результати дослідження навичок особистої гігієни у дітей з помірним та тяжким ступенем інтелектуальної недостатності. Ці діти, вступаючи у спеціальний заклад, мають порушення просторового орієнтування, координації рухів, недостатню сформованість соціально-побутових навичок, що є важливою умовою існування людини. Однією з причин такого стану є недостатня увага до формування соціально-побутових навичок у дітей раннього та дошкільного віку, своєрідність оволодіння ними предметною діяльністю, яка є основою для формування інших видів діяльності. Визначено основні напрямки корекційно-виховної роботи з формування навичок самообслуговування у дітей з інтелектуальними порушеннями: навичок прийому їжі (вміти розрізнати посуд, продукти харчування, вміти користуватися ложкою і виделкою, охайно їсти, не розливати і не кидати їжу, мити руки перед їжею, сервірувати стіл тощо); гігієнічних навичок; навичок одягання та роздягання. У процесі дослідження виявлено, що формування навичок особистої гігієни проходить досить складно, в загальному діти знають, що потрібно бути чистими, як необхідно поводитися у ванній кімнаті, але не можуть пояснити необхідності дотримуватись цих правил, часто заходять до ванної кімнати лише, щоб погратися у воді, і пояснюють миття тіла, чищення зубів, причісування волосся вимогою вихователя, а не власною потребою.

Ключові слова: дитина з порушеннями розумового розвитку, помірний та тяжкий ступінь інтелектуального порушення, навички особистої гігієни, спеціальний заклад.

Постановка проблеми. На сучасному етапі розвитку корекційної освіти актуальною є проблема навчання та виховання дітей з помірним та тяжким ступенем інтелектуальної недостатності, особливо